

STATISTISCHE UNTERSUCHUNGEN
ÜBER BERUFSBEDINGTE DERMATOSEN IN RHEINLAND-PFALZ
1948 - 1958

von

HANS HUBERT NETT

5

1961

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Direktor: Prof. Dr. med. E. Keining

STATISTISCHE UNTERSUCHUNGEN

ÜBER BERUFSBEDINGTE DERMATOSEN IN RHEINLAND-PFALZ

1948 - 1958

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors der Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

HANS HUBERT NETT

aus Hochheim/Main



MAINZ

1962

Referent: Privatdozent Dr. WEBER

Korreferent: Professor Dr. KEINING

Dekan: Professor Dr. Dr. LANG

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Juli 1961

GESAMTHERSTELLUNG:

DITTERS BÜRODIENST, MAINZ, Augustinerstraße 64-66

MEINEM GROSSVATER
IN DANKBARKEIT
GEWIDMET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	1
Richtlinien für die Auswertung der eigenen statistischen Erhebungen ..	3
Statistische Befunde	5
I. Altersverteilung der Begutachteten	5
II. Verteilung der Geschlechter	7
III. Jahresverteilung der Gutachten	8
IV. Berufsgruppen	8
V. Erkrankungsfrequenz in den verschiedenen Berufsgruppen ...	10
VI. Zusammenfassung der Berufsdermatosen nach Diagnosen ...	10
VII. Anteil der Berufsgruppen an den einzelnen Diagnosen	11
VIII. Lokalisation der Hauterscheinungen	12
IX. Diagnostik mit Anwendung immunbiologischer, histologi- scher und bakteriologischer Untersuchungsmethoden	14
X. Berufsstoffe als sensibilisierende Noxen	15
XI. Behandlungsart	20
XII. Krankheitsverläufe und ihre Komplikationen durch Rückfälle	23
XIII. Berufliche Konsequenzen bei Berufsdermatosen	27
XIV. Anhang: Soziale Schichtung der Berufskranken	30
Zusammenfassung	32
Literatur	33

EINLEITUNG

Seit dem Jahre 1952 ist die Gesamtzahl der ärztlich gemeldeten Berufskrankheiten aller Gewerbezweige mit jedem weiteren Jahr geringer geworden; andererseits haben im gleichen Beobachtungszeitraum die beruflich bedingten Hautkrankheiten, soweit sie ärztlich gemeldet bzw. gutachtlich bestätigt wurden, eine eindrucksvolle, zahlenmäßig belegte Zunahme erfahren (KOETZING). So kamen in der Bundesrepublik Deutschland 1952 insgesamt 4 727 entschädigungspflichtige Berufsdermatosen zur Meldung, 1957 wurden 5 047 Meldungen registriert. Diesen Zahlen stehen 43 732 bzw. 33 759 Fälle von Berufskrankheiten aus sämtlichen Gewerbezweigen gegenüber.

Während also die absolute Meldungszahl sich im Zeitraum von sechs Jahren um ein knappes Tausend vermindert hat, war bei der Meldungszahl der Berufsdermatosen in dem entsprechenden Zeitraum ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (vergl. Abb.1).

Die Abnahme der absoluten Meldungszahl ist offenbar das Ergebnis einer laufend zunehmenden Automatisierung der Industrie, nicht zuletzt wohl auch des verbesserten Arbeitsschutzes in den Betrieben.

Auf der anderen Seite besteht als Faktum die kontinuierliche Zunahme der Berufsdermatosen. Diese Entwicklung hat innerhalb der dermatologischen Diagnostik, Therapie und Forschung die dieser Disziplin zuzuordnenden Berufskrankheiten zum Gegenstand zahlreicher Untersuchungen werden lassen.

Nach einer Feststellung von GANS liegt die Zahl der berufsbedingten Hautleiden heute höher als dies vor der Ära der modernen Chemotherapie und Antibiotikaaanwendung für die Geschlechtskrankheiten zutraf. So hat sich das Schwergewicht der hautärztlichen Tätigkeit zunehmend von der Venerologie auf die Dermatologie verlagert, insbesondere auf deren gewerbemedizinische Teildisziplin.

Die Problematik der vorliegenden Arbeit ergibt sich aus der Frage, wo die möglichen Ursachen der steigenden Erkrankungsfrequenz zu suchen sind. Es galt festzustellen, welche Berufe bzw. Berufsgruppen vornehmlich zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Ebenso wesentlich und interessant erschien die Fahndung nach beruflichen Noxen, die ihrerseits in den verschiedenen Berufszweigen die Erkrankungszahl gesteigert haben. Da grundsätzlich jede Substanz zur Intoleranzreaktion führen kann, muß einerseits die ständig größer werdende Zahl organischer und anorganischer Verbindungen, zum anderen die Einbeziehung bereits längere Zeit bekannter, aber erst vor kurzem

Abb. 1 Zahl der ärztlich gemeldeten Berufsdermatosen in der Bundesrepublik Deutschland.

Jahr	Meldungszahl	Jahr	Meldungszahl
1949	1 739	1953	4 966
1950	3 211	1954	5 593
1951	3 698	1955	6 123
1952	4 727	1956	5 648

(Nach diesen dem Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland entnommenen Zahlen hat sich die Meldungszahl des Jahres 1956 gegenüber der von 1949 um mehr als das Dreifache erhöht! Verglichen mit 1952 ist 1956 eine Zunahme um 20 v. H. zu verzeichnen.)

in den Produktionsvorgang aufgenommener Chemikalien sinngemäß und nahezu zwangsläufig eine laufend höher werdende Anzahl von Intoleranzreaktionen ergeben.

Dies gilt nicht allein für die berufliche Tätigkeit der Erkrankten, sondern auch in nicht unerheblichem Maße für das alltägliche Leben (berufsfremde Neben-erwerbstätigkeiten, Liebhabereien, Freizeitbeschäftigungen, "Schwarzarbeit" etc.). WAGNER hat in seiner Analyse von 500 allergischen Kontaktekzemen aus dem Begutachtungsmaterial der Kieler Universitäts-Hautklinik seinerseits auf die Schwierigkeiten bei der Zuordnung bestimmter Noxen zu besonderen Berufen oder Berufsgruppen hingewiesen, weil sich nach seinen Erfahrungen die als sensibilisierende Noxen angeschuldigten Substanzen nicht immer mit den beruflichen Arbeitsvorgängen übereugend in Einklang bringen lassen, zumal häufig die Sensibilisierung infolge außerberuflicher Kontakte mit entsprechenden Stoffen nicht ausgeschlossen werden kann.

In diesem Zusammenhang wird der Begriff der sog. "Berufsstoffe" bedeutungsvoll; vereinbarungsgemäß werden darunter solche Chemikalien eingeordnet, mit denen der Arbeiter im Rahmen des industriellen oder des handwerklichen Fertigungsprozesses in ständigen, intoleranzreaktionsfähigen Kontakt gerät.

Eine Sonderstellung nimmt die Masse der Hausfrauen ein; Hausarbeit gilt nicht als "Beruf im Sinne des Gesetzes" und der gesetzlichen Verordnungen. Es besteht somit auch keine Meldepflicht für berufsbedingte Dermatosen der Hausfrauen. Wäre die beträchtliche Anzahl der Waschekzeme - in diesem Personenkreis infolge Verrichtung der üblichen "Berufs" - Arbeiten einmalig bzw. mehrfach rezidivierend auftretend - technisch zu ermitteln, so dürfte sich bei ihrer Addition zur absoluten Zahl der anerkannten Berufsdermatosen diese noch weiter erhöhen.

RICHTLINIEN FÜR DIE AUSWERTUNG DER EIGENEN STATISTISCHEN ERHEBUNGEN

Als Ausgangsbasis für die eigenen statistischen Untersuchungen war ein Personenkreis erforderlich, der als einheitliches Kollektiv aufgefaßt, untersucht und beurteilt werden konnte.

Sämtliche Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beruhen auf Gutachten und gutachtlichen Äußerungen der Universitäts-Hautklinik Mainz, also ausschließlich auf eigenem Material, niemals jedoch auf nicht nachprüfbaren Angaben der Patienten, da andernfalls der Wert der Resultate durch irrtümliche, zuweilen auch durch bewußt irreführende Aussagen der zu Begutachtenden gemindert worden wäre. Es konnte auch nicht daran gelegen sein, nur eine einzige Form der Berufsdermatosen (z. B. Berufsektzeme) zu erfassen; es wurden vielmehr sämtliche Erkrankungen, die auf Grund gesetzlicher Festlegung als berufsbedingt anzuerkennen sind, in die Untersuchung einbezogen (Dermatitiden, Oel- und Trichlorphenolakne, beruflich erworbene Infektionskrankheiten, Mykosen, Folgezustände von Verbrennungen und Verätzungen der Haut u. a.). Zur eigenen Sicherung wurde von vornherein auf diagnostisch unklare Fälle bzw. auf solche mit unsicheren oder unvollständigen anamnestischen Angaben oder klinischen Befunden verzichtet. Damit mußte sich verständlicherweise die Zahl der Fälle, welche einer kritischen statistischen Bewertung standhalten konnten, verhältnismäßig niedrig gestalten. Um andererseits zu einer möglichst reichhaltigen Feststellung und Aussage zu gelangen und um irreführende Eindrücke durch erhebliche Frequenzschwankungen einzelner Jahrgänge zu vermeiden, kamen Gutachten aus insgesamt 11 Jahren (1948 - 1958) für die Erhebung in Betracht. Es handelt sich um 250 Gutachten, die auf Grund von Vollständigkeit der Angaben, Befunde und Bewertungen ein zuverlässiges Material repräsentierten.

Leider war es auch für diese Arbeit nicht möglich, die Berufsdermatosen der Masse der ungelernten Arbeiter zu berücksichtigen, da in der Regel jede im Arbeitsprozeß erworbene und evtl. als Berufskrankheit verdächtige Dermato-se "automatisch" einen Wechsel des Arbeitsplatzes zur Folge hat. Da der ungelernte Arbeiter keinen "Beruf" im Sinne des Gesetzes ausübt, sondern lediglich eine bestimmte Tätigkeit an dem ihm zugewiesenen Arbeitsplatz verrichtet, wird durch ein derartiges Vorgehen, wie es anscheinend besonders in größeren Industriebetrieben geübt wird, nur der Tatbestand des "Arbeitsplatzwechsels" erfüllt. Ein echter Wechsel des Berufes liegt nicht vor. In derartigen Fällen besteht für den Arbeitgeber bzw. Unternehmer grundsätzlich die Möglichkeit, Meldung und spätere Anerkennung des Leidens als Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes zu umgehen.

Nur ein geringer Prozentsatz der genannten Personengruppe kam zur Meldung und anschließenden gutachtlichen Beurteilung. Selbstverständlich konnten aus der sich anbietenden kleinen Zahl dieser sozusagen "zufällig" Gemeldeten keinerlei Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl echter Berufserkrankungen bei ungelernten Arbeitern gezogen werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Begutachteten in Berufsgruppen nach den für letztere typischen Arbeitsvorgängen und den dabei verwendeten Berufsstoffen eingeordnet. (Als "Berufsstoffe" werden solche Substanzen bezeichnet, die in bestimmten Berufen bzw. Berufsgruppen üblicherweise und ständig Verwendung finden und bei zeitlich anhaltender Einwirkung zu einer Schädigung des Organismus führen können, ohne obligat zu einer Erkrankung führen zu müssen.)

Eine derartige Kategorisierung hat natürlich einige Mängel: Man kennt Berufsnoxen, die in mehreren Berufen unabhängig von der Fachrichtung Verwendung finden und somit in einem gewissen Prozentsatz zu Intoleranzreaktionen führen (Terpentin, Chromverbindungen, Öle, Seifen); ferner ergeben sich nicht selten Schwierigkeiten bei der Einordnung eines Berufskranken in eine bestimmte Berufsgruppe. So kam beispielsweise der Heizer eines Schlachthausbetriebes, zu dessen Aufgaben auch die Vernichtung infektiöser Organe von Schlachttieren gehörte, mit einer eindeutigen Inokulationstuberkulose (*Tuberculosis cutis verrucosa*) zur Begutachtung in unsere Klinik. Da Hauttuberkulosen bei Heizern nicht gehäuft auftreten, erschien es nicht sinnvoll, den Kranken in die Gruppe der Maschinisten, Lok-Heizer und ähnlicher Berufe einzureihen; durch die Art seiner Tätigkeit, bei welcher er ständig der Gefahr einer Infektion ausgesetzt ist, erscheint es sinnvoller, ihn der Berufsgruppe der Metzger und Schlachthofarbeiter zuzuordnen. Allerdings treten Fälle wie der oben geschilderte nicht so häufig auf, daß es angezeigt gewesen wäre, auf die Gruppengliederung zu verzichten; die jeweils in einer Gruppe zusammengefaßten Berufe sind grundsätzlich den gleichen Berufsnoxen ausgesetzt und pflegen erfahrungsgemäß im Falle einer Sensibilisierung mit einander entsprechenden, "berufstypischen" Intoleranzerscheinungen zu reagieren.

Gewisse unvermeidbare Überschneidungen bei der Zuordnung werden ausgeglichen, indem in weiteren statistischen Darstellungen die in jeder Gruppe gestellten Diagnosen zahlenmäßig detailliert und außerdem "absolut" (= summarisch für das ganze Kollektiv) angezeigt werden.

In analoger Weise erfolgte die Auswertung der Ergebnisse von Epicutantesten sowie histologischen und bakteriologisch-serologischen Untersuchungen.

In weiteren Tabellen und Diagrammen wird ein Überblick der Lokalisation

Abb. 2

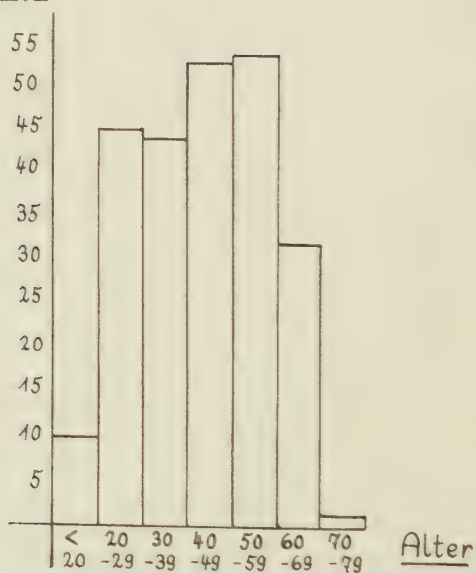
Verdachtsmeldungen, Meldungen und Anerkennungen von Berufsdermatosen



Abb 3

Alter bei der ersten
fachärztlichen Begutachtung

Fallzahl



der Berufsdermatosen bei den verschiedenen Personengruppen gegeben, ferner werden Erkrankungsfrequenz im Hinblick auf Alter und Geschlecht der Patienten, Zusammensetzung der Geschlechter in den einzelnen Gruppen sowie die Behandlungsarten (ambulant/ambulant und zeitweise stationär/nur stationär) zahlenmäßig dargestellt.

Die Häufigkeit "erfolgloser Arbeitsversuche" (ein erfolgloser Arbeitsversuch liegt vor, wenn der Patient in erscheinungsfreiem Zustand die Berufsarbeit wieder aufgenommen hat und innerhalb der nächsten 10 - 14 Tage einen Rückfall seiner Erkrankung erleidet) und echter Rezidive (Rezidiv = Rückfall der Erkrankung bei länger als 14 Tage zurückliegendem Tag der Wiederaufnahme der Berufsarbeit) in Beziehung zur vorangegangenen Behandlungsart war ebenfalls Gegenstand der statistischen Untersuchungen.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MDE) bzw. Invalidisierung als Krankheitsfolgen wurden miterfaßt, sowohl im erlernten Beruf als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Weiterhin geht aus einer graphischen Darstellung die Relation ärztliche Ver-
gachtsmeidungen von Berufskrankheiten : ärztliche Meldungen diagnostisch gesicherter Berufskrankheiten : gutachtliche Anerkennungen der Dermato-
sen als "entschädigungspflichtige Berufskrankheiten im Sinne des Gesetzes"
hervor (als "entschädigungspflichtige Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes"
gilt eine Dermato-
se, die mindestens zweimal rückfällig wurde oder durch einen besonders schweren Krankheitsverlauf gekennzeichnet war und zum Wechsel bzw. zur Aufgabe des erlernten Berufes zwingt). (Vergl. Abb.2)

STATISTISCHE BEFUNDE

I. Altersverteilung der Begutachteten

Über das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der ersten fachärztlichen Begutachtung gibt eine graphische Darstellung (Abb.3) Auskunft. - Den größten Anteil stellen Kranke von 50 bis 59 Lebensjahren; es folgen die Abschnitte 40 - 49, 20 bis 29 und 30 bis 39 Lebensjahre. In etwas größerem Abstand hält sich die Erkrankungszahl der 60- bis 69-Jährigen. Erheblich niedriger wird der Anteil der Jugendlichen unter 20 Jahren; die Zahl derer, welche bei ihrer ersten Begutachtung 70 Jahre alt oder noch älter waren, ist verschwindend klein.

Die Altersaufgliederung innerhalb der Berufsgruppen bei Erstbegutachtung ist aus Abb.3a zu ersehen.

Offenbar pflegt die spezifische Sensibilisierung gegen Berufsstoffe am frühesten bei Friseuren und Bäckern einzutreten: So waren 75% der Friseure beim erstmaligen Auftreten ihrer Berufskrankheit jünger als 30 Jahre; es folgen Bäcker und Chemiarbeiter mit je 60%. Für die Metallarbeiter liegt die entsprechende Zahl bei 30%, in landwirtschaftlichen Berufen bei 23% und im Bauhandwerk bei 18%.

Es fällt ferner auf, daß innerhalb der zahlenmäßig großen Gruppe der Maler, Lackierer und Tüncher nur 4% der Erkrankten das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten.

Das Durchschnittsalter beim ersten Auftreten der Berufskrankheit ergibt für Friseure 25,1 Jahre, für Bäcker 29,9, Chemiarbeiter 37,3, Metallarbeiter 39,9, Maler 46,1, landwirtschaftliche Berufe 47,0 und für Bauarbeiter 48,6 Jahre.

Diese Ergebnisse gestatten für die Gruppen der Friseure und der Bäcker einen Vergleich mit den Werten, die WAGNER bei seiner Analyse allergischer Kontaktekzeme ermittelt hat:

Nach seinen Erhebungen lag das Durchschnittsalter beim ersten Ekzemschub für Bäcker mit 23,6 Jahren am niedrigsten. Mit nur geringem Abstand folgen die Friseure mit 23,1 Jahren. Nach eigenen Untersuchungen belaufen sich die entsprechenden Zahlen auf 29,9 bzw. 25,1 Jahre. Diese Differenzen dürften durch die unterschiedliche Größe des Begutachtungsmaterials sowie die erheblich voneinander abweichende wirtschaftliche und soziale Struktur der Klinikseinzugsgebiete zu erklären sein. Für weitere Berufszweige ist ein Vergleich nicht durchführbar, da sich WAGNER bei seinen Erhebungen auf allergische Kontaktekzeme beschränkte, während für die vorliegende Statistik sämtliche Berufsdermatosen berücksichtigt wurden.

Abb. 3 a Altersverteilung in den Berufsgruppen bei der ersten Begutachtung.

Gruppe	bis 19 J.	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60-69 J.	70-79 J.
A		2	5	2			
B		1	5	6	9	5	
C					2		
D				2	2		
E		1	1			1	
F		10	5	6	6	7	
G			2	1	2	1	
H			1	1	1		
I				1			
K		1	3	1		2	
L			1	2	1	1	
M	2	1		1			
N		6	2	9	13	6	1
O					1		
P		2					
Q	3	4	5	5	7	6	
R	6	5	4	1	2		
S		1	2	2		2	
T	2	10	6	10	4	1	
U		1	1	1		1	
V		1		1			
W					1		
TOTAL:	11 Fälle	45 Fälle	44 Fälle	52 Fälle	53 Fälle	31 Fälle	1 Fall

II. Verteilung der Geschlechter

Von den 250 Begutachteten waren 225 Männer (90%), die restlichen 10% (25 Fälle) Frauen. Ein Grund für den niedrigen Anteil des weiblichen Geschlechts dürfte - wie bereits in der Einleitung erwähnt - darin zu sehen sein, daß das Gros von Wascheckzemen und anderen echten Berufsdermatosen der Hausfrauen nicht berücksichtigt werden konnte (die Hausfrau übt keinen

"Beruf" im Sinne des Gesetzes aus; es besteht für den Erkrankungsfall keine ärztliche Meldepflicht. Somit kann der Fall weder gutachtlich beurteilt noch statistisch erfaßt werden). Für diese Annahme sprechen indirekt auch die Ergebnisse WAGNERS; er zählte derartige nicht entschädigungspflichtige Berufsdermatosen von Hausfrauen den gesetzlich anerkannten Berufskrankheiten zu, wodurch sich der Anteil des weiblichen Geschlechts auf 44,2% erhöhte! Er fand weiterhin, daß Frauen im gleichen Beruf mit analogen Berufsnoxen im Durchschnitt 10 Jahre früher erstmalig erkranken als Männer. Diese Feststellung bezieht sich freilich nur auf die von ihm gesichteten Fälle von allergischen Kontaktekzemen.

Über die Geschlechterverteilung in den verschiedenen Berufsgruppen gibt Abb.4 Auskunft. (Der Schlüssel für die Berufsgruppen ist den Seiten 8 - 10 zu entnehmen.)

III. Jahresverteilung der Gutachten

Es wurden jeweils drei bzw. vier aufeinanderfolgende Jahrgänge addiert. In den Summen sind nur solche Erstgutachten enthalten, die den auf S.3 niedergelegten Bedingungen für die statistischen Erhebungen genügten. Sofern Patienten mehrfach begutachtet worden waren, kamen sie nur einmal jeweils zur Erfassung; sie wurden dem Jahrgang zugerechnet, welcher dem Zeitpunkt ihrer ersten Begutachtung an der Universitäts-Hautklinik Mainz entsprach. Obgleich in der ersten unten aufgeführten Summe drei, in der zweiten und dritten je vier Jahrgänge zusammengefaßt sind, dürfen unsere Zahlen wohl dennoch als statistisch signifikant gelten; sie belegen in anschaulicher Weise die ständige Progredienz der Erkrankungshäufigkeit für Berufsdermatosen (vgl. auch Seiten 1 und 2).

Es entfallen auf die Jahre

1948 - 1950	23 Fälle (9,2 %),
1951 - 1954	103 Fälle (41,2 %),
1955 - 1958	124 Fälle (49,6 %).

IV. Berufsgruppen

Entsprechend den unter "Richtlinien für die Auswertung der eigenen statistischen Erhebungen" S.3-4 begründeten Gesichtspunkten wurden folgende Berufsgruppen herausgestellt:

Zusammensetzung der Geschlechter in den Berufsgruppen

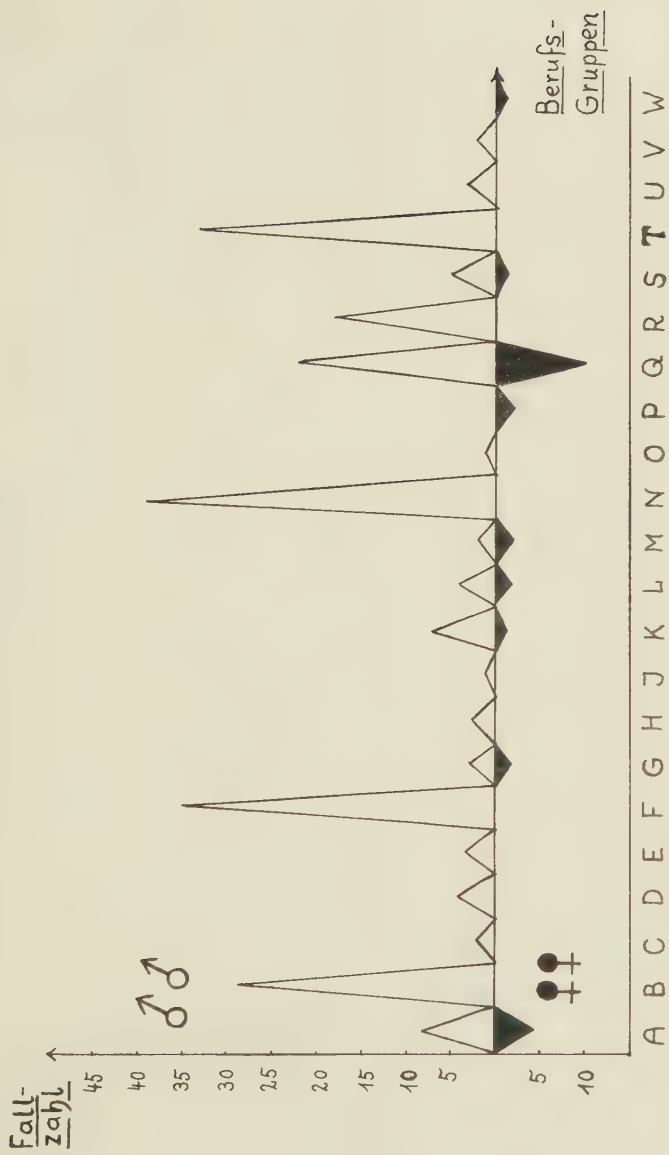


Abbildung 4

Erkrankungsfrequenz in den
einzelnen Berufsgruppen

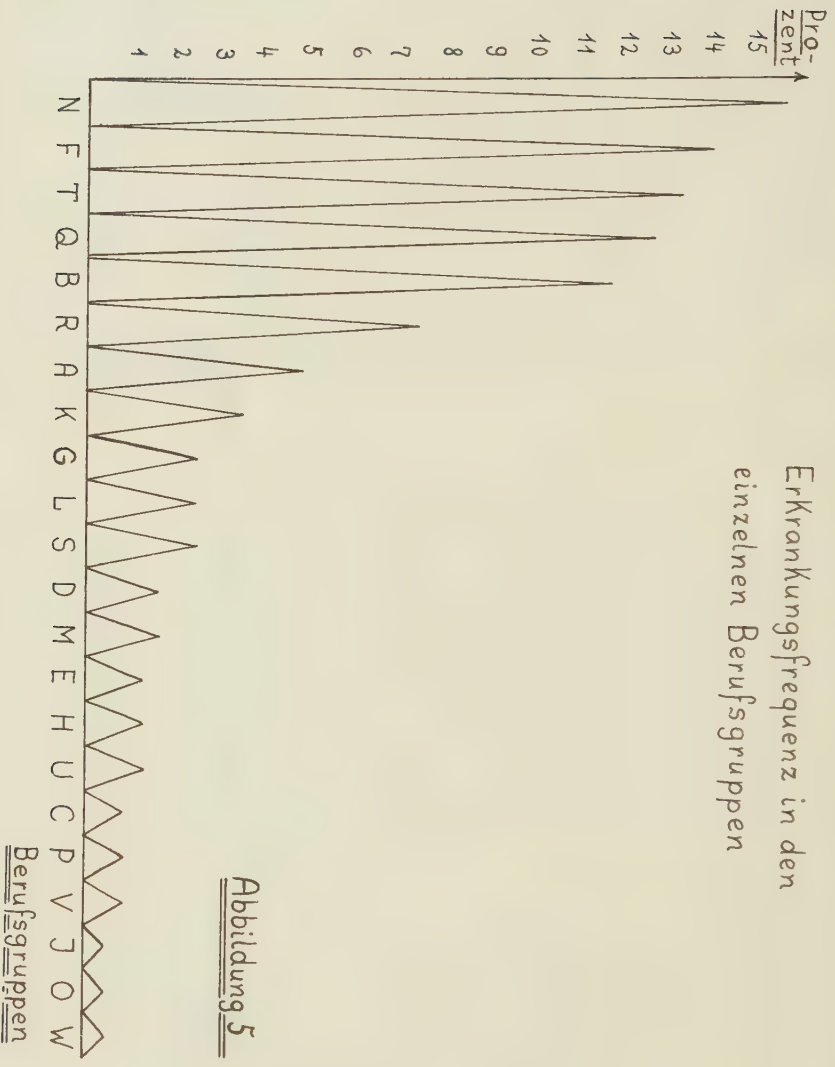
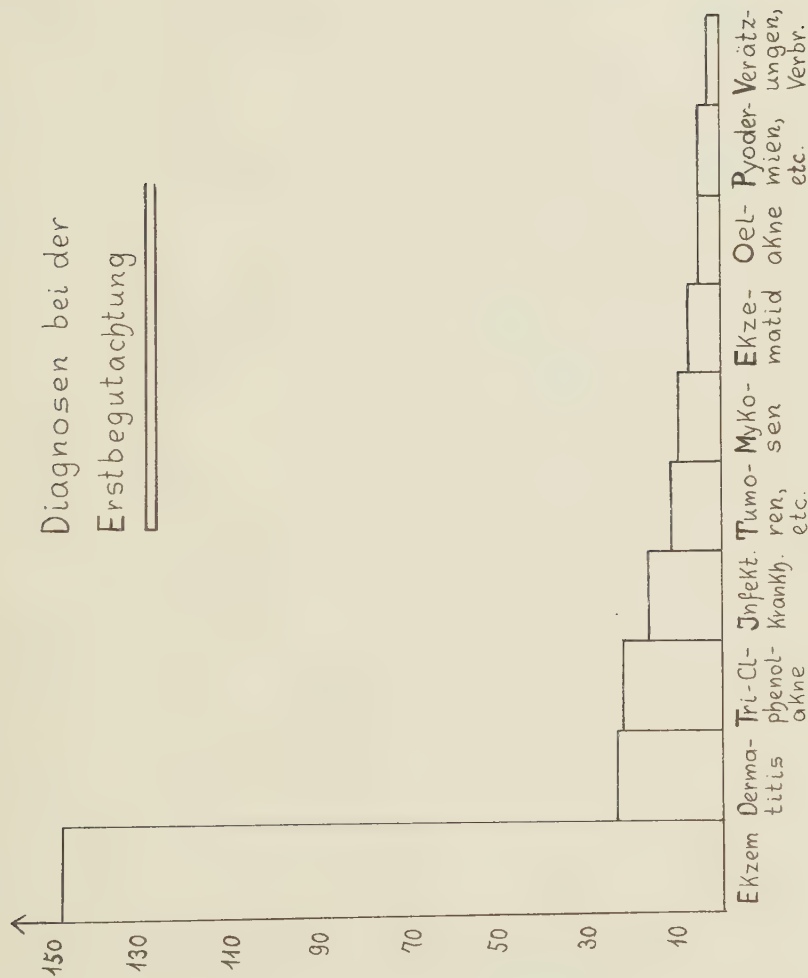


Abbildung 5

Fall-
zahl

Diagnosen bei der
Erstbegutachtung

Abb. 6



Gruppe A	Heil- und Pflegeberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Masseure, Medizinisch-technische Assistentinnen, Krankenhauspersonal).
Gruppe B	Maler, Anstreicher, Lackierer, Lackarbeiter, Spritzer, Tüncher und Verputzer.
Gruppe C	Autoindustrie. - Kraftfahr- und Tankstellenbetriebe.
Gruppe D	Druckerei- und graphisches Gewerbe (Buch-, Stein- und Offsetdrucker, angelernte Druckereiarbeiter, Graphiker).
Gruppe E	Elektroindustrie und Elektrohandwerk (Elektriker, Isolierer und Facharbeiter in Industriebetrieben).
Gruppe F	Metallverarbeitende Berufe (Betriebs- und Maschinenschlosser, Werkzeugmacher, Metalldrücker, Schleifer, Bohrer, Former, Zentrierer, Dreher, Karosseriespengler, Grob- und Feinmechaniker, Lok-Personal, Maschinisten und Heizer).
Gruppe G	Lederverarbeitende Industrie, Gerberei- und Färbereibetriebe (Gerber, Färber, Häutescherer, Schuhmacher und angelernte Arbeitskräfte in Industriebetrieben).
Gruppe H	Papierindustrie (Papiermacher, angelernte Kräfte in papierherstellenden und papierverarbeitenden Betrieben).
Gruppe I	Hotel- und Gaststättengewerbe (Kellner, Serviererinnen).
Gruppe K	Glas- und Keramikindustrie (Glasbläser, Glasmaler, Keramikmaler, Plattenleger).
Gruppe L	Reinigungspersonal.
Gruppe M	Friseure.
Gruppe N	Baugewerbe, Zementindustrie, Bergbau.
Gruppe O	Galvaniseure.
Gruppe P	Photographen und Photolaboranten.
Gruppe Q	Land- und Forstwirtschaft, Gärtnereibetriebe.
Gruppe R	Bäcker und Müller.
Gruppe S	Holzverarbeitende Berufe.
Gruppe T	Chemische und chemisch-pharmazeutische Industrie.

- Gruppe U Metzgereibetriebe und Schlachthöfe.
Gruppe V Packer und Transportarbeiter.
Gruppe W Tuchverarbeitende Berufe.

V. Erkrankungsfrequenz in den Berufsgruppen

Das stärkste Kontingent der Berufskranken stellen die Bauberufe mit 15,6%; es folgen die Metallarbeiter mit 14,0%, die chemische Industrie mit 13,2%, ferner die landwirtschaftlichen Berufe mit 12,8%, Maler und Tüncher mit 11,6% und schließlich die Bäcker mit 7,2%. Heil- und Pflegeberufe sind mit 4,8% beteiligt.

Unter 2% lag die Erkrankungsfrequenz bei Druckern und Graphikern, Frisuren, Elektrikern, papierverarbeitenden Berufen, Metzgern, Kraftfahrern und Tankwarten, Photographen und Photolaboranten, Packern und Transportarbeitern, Kellnern, Galvanisuren und tuchverarbeitenden Berufen. Siehe Abb. 5.

VI. Zusammenfassung der Berufsdermatosen nach Diagnosen

Bei dem untersuchten Kollektiv stand das chronisch-rezidivierende Ekzem mit 59,2% an erster Stelle. Es folgen die Dermatitis mit 9,2% in weitem Abstand; ferner wurden registriert: Chlor- und Trichlorphenolakne mit 8,8%, Infektionskrankheiten mit 6,4%, Tumoren (Melanome, Plattenepithelkarzinome) und Präkanzerosen mit 4,4%, Mykosen mit 4,0%, Ekzematide mit 2,8%, Oelakne mit 2,0%, Pyodermien und Ulzerationen mit 2,0% und zuletzt Verätzungen und Verbrennungen mit insgesamt 1,2%.

Der relativ niedrige Prozentsatz an berufsbedingten Infektionskrankheiten verteilt sich auf Hauttuberkulosen, Hautmilzbrand, Erysipel und Aktinomykose.

Bei 10 Fällen wurde eine Hauttuberkulose als berufsbedingt und damit entschädigungspflichtig anerkannt.

Sechs Patienten (3 Tierärzte, 2 Landwirte und 1 Schlachthofarbeiter) hatten sich eine Tuberculosis cutis verrucosa zugezogen. Bei einem Arzt und einer Krankenschwester wurde die Diagnose Lupus vulgaris gestellt. Bei den restlichen zwei Patienten handelte es sich um seltene Formen von Hauttuberkulose.

Mit Hautmilzbrand hatten sich 1 Tierarzt und 2 Metzger infiziert. Erysipel kam bei 2 Landwirten, Aktinomykose ebenfalls bei einem in der Landwirtschaft Tätigen zur Beobachtung. Die Häufigkeit der verschiedenen Diagnosen geht aus Abb. 6 hervor.

VII. Anteil der Berufsgruppen an den einzelnen Diagnosen

Ekzeme (insgesamt 148 Fälle = 59,2%)

Den höchsten Anteil stellen die Bauberufe mit 35 Fällen; an zweiter und dritter Stelle liegen die Metallarbeiter und die Baudekorationshandwerker mit 24 bzw. 22 Fällen. Als letzte Gruppe, deren Anteil zahlenmäßig besonders ins Gewicht fällt, findet man die Bäcker mit 16 Ekzemerkrankungsfällen.

Nur 7 - 4 x traten Ekzeme in folgenden Gruppen auf:

Chemische Industrie, Glasfabrikation und Keramik-Industrie, Lederverarbeitende Industrie, Land- und Forstwirtschaft, Druckerei- und graphisches Gewerbe, Friseurhandwerk.

3 - 1 x kamen Ekzeme bei Reinigungspersonal, Heil- und Pflegeberufen, Autoindustrie mit Kraftfahrwesen und Tankstellenbetrieben, Papierindustrie, bei Photographen, Holzverarbeitenden Berufen, Packern und Transportarbeitern, bei Elektrikern, Gaststättenpersonal, Galvanisierern und Schneidern zur Begutachtung.

Dermatitis (insgesamt 23 Fälle = 9,2%)

Bei Malern und Lackierern wurden 6 Fälle von Dermatitis registriert, je 3 Fälle bei Landwirten und Chemikararbeitern; je 2 x trat diese Erkrankung auf in den Gruppen Heil- und Pflegeberufe, Elektroindustrie, Metallverarbeitung, Bauhandwerk, je 1 x bei den Gewerbebezweigen Papierindustrie, Reinigungspersonal, Holzverarbeitung.

Chlorphenol- bzw. Trichlorphenol-Akne (insgesamt 22 Fälle = 8,8%)

Von den 22 Fällen dieser Krankheit entfallen 19 auf Chemiefach- und -hilfsarbeiter, die restlichen 3 auf Schlosser, die als Betriebshandwerker in chemischen Werken beschäftigt waren.

Bei sämtlichen Begutachteten handelt es sich um Werksangehörige der Badischen Anilin- und Sodafabrik (BASF), Werk Mannheim-Ludwigshafen, und der Chemischen Fabrik Boehringer in Ingelheim am Rhein.

Bei den außerordentlich stark toxischen Substanzen Chlorphenol und Trichlorphenol genügten in einigen beobachteten Fällen Einwirkungszeiten von 15-20 Minuten, um die zum späteren Ausbruch der Erkrankung erforderliche Menge des Giftes per inhalationem aufzunehmen.

Infektionskrankheiten (16 Fälle = 6,4%)

Die Anteile der Berufsgruppen sind aus Absatz VI, Seite 10, zu entnehmen.

Tumoren und Präkanzerosen (11 Fälle = 4,4 %)

Bei Winzern, Weinbergs- und Kellereiarbeitern (der Gruppe der landwirtschaftlichen Berufe zugeählt) traten in 8 Fällen Melanome und Plattenepithelkarzinome als Spätfolgen von chronischen Arsenschädigungen auf (arsenhaltige Insektizide, jahrzehntelanger Genuß des sog. "Trinkweins") bzw. Präkanzerosen, wie massive plantare und palmare Hyperkeratosen und Pigmentanomalien. Wie in der Gewerbemedizin allgemein bekannt, bedarf es der ständigen Zuführung des Giftes über 10 bis 20 Jahre oder länger, bis auf dem Boden der sich langsam herausbildenden Arsenmelanosen bzw. Keratosen eine maligne Neoplasie aufschießt.

Ferner kamen drei bösartige Tumoren als Folgen chronisch einwirkender Berufsnoxen je einmal in den Berufsgruppen "Glasindustrie", "Holzverarbeitung" und "Chemische Industrie" vor. Es handelte sich um Melanome.

Mykosen (ohne Aktinomykose) (10 Fälle = 4,0 %)

Bei landwirtschaftlichen Berufen wurden 9 Fälle von berufsbedingten Hautpilzerkrankungen registriert, ein weiterer Fall kam bei einem Bauhandwerker zur Beobachtung.

Seltenere Berufsdermatosen

Unter dieser Rubrik wurden 13 Fälle (5,2 %) zusammengefaßt:

Oel-Akne und verschiedene Dermatosen, welche als Unfallfolgen aufgefaßt worden waren (Pyodermien, Ulzerationen, Verätzungen und Verbrennungen). An Oelakne erkrankten 4 Metallarbeiter und 1 Chemiehilfswerker, während an Pyodermien und Ulzerationen insgesamt 5 Patienten erkrankt waren. Mit je einem Fall verteilen sie sich auf die Gruppen "Metallindustrie", "Lederindustrie", "Reinigungspersonal", "Landwirtschaft" und "Chemische Industrie". Die 3 registrierten Verätzungen bzw. Verbrennungen traten sämtlich bei Chemiearbeitern in Erscheinung.

VIII. Lokalisation der Hauterscheinungen

Die Häufigkeit des Befalls verschiedener Körperregionen ist für das untersuchte Kollektiv aus einer folgenden tabellarischen Darstellung (Abb. 7) zu ersehen, ebenso für jede Berufsgruppe im einzelnen.

Es zeigt sich, daß in erster Linie solche Gliedmaßen und Körperteile befallen werden, die bei der Berufsarbeit nicht durch geeignete Bekleidung vor mechanischen Beanspruchungen bzw. vor der Einwirkung der Berufsstoffe geschützt werden können: Hände, Arme, Gesicht und Hals.

Die unteren Extremitäten und der Körperstamm jedoch - während der Arbeit bekleidet, - waren erheblich seltener betroffen. Eine Ausnahme bildeten 13 Fälle von Chlor- bzw. Trichlorphenolakne, die dem Erscheinungsbild dieser Krankheit entsprechend Hauterscheinungen auch im Genitoanalbereich zeigten.

Abbildung 7 kann nur einen Überblick über die Lokalisationsfrequenz der Dermatosen, jedoch ohne Berücksichtigung der jeweils gestellten Diagnosen in der vom Verfasser gewählten Form vermitteln. Eine weitere Aussage vermag sie nicht zu geben, da eine Unterteilung in reizfixierte und nicht reizfixierte Erkrankungen (z. B. akute Dermatitis / chronisch-rezidivierendes Ekzem) fehlt. Auch wurden ausschließlich mechanisch bedingte Schädigungen und konstitutionelle Anfälligkeiten nicht in die Erhebung einbezogen, weil dieselben zwar im Einzelfall, nicht aber für die Masse der Begutachteten zu ermitteln waren.

Abb. 7 Lokalisation der Hauterscheinungen

Gr.	Bde. Hände	Bde. ob. Extr.	Bde. unt. Extr.	Genito- anal- Bereich	Rumpf	Hals, Nacken	Gesicht u. Capil- litium	generalis. Dermatose
A	7	4	1		1	2	3	
B	20	9	3		1	5	9	1
C	1	1	1	1	1		1	
D	3	1						
E		2	3			1	1	
F	13	23	14	2	7	8	14	
G	3	3						
H		2	2				1	
I	1		1					
K	3	4					3	1
L	5	1	2				2	
M	2	2			1	1	1	
N	22	15	11		5	3	7	
O		1						
P	1	1				1	1	
Q	12	7	17	1	6	6	12	
R	10	8	2				3	
S	4	1	1			1	2	
T	6	15	9	9	17	15	19	1
U	1	2						
V	1		1					
W		1				1		
Total:	115-	103-	68-	13-	39-	44-	79-	3-mal.

IX. Diagnostik mit Anwendung immunbiologischer, histologischer und bakteriologischer Untersuchungsmethoden

A. Lappchen-Teste (Epicutanteste)

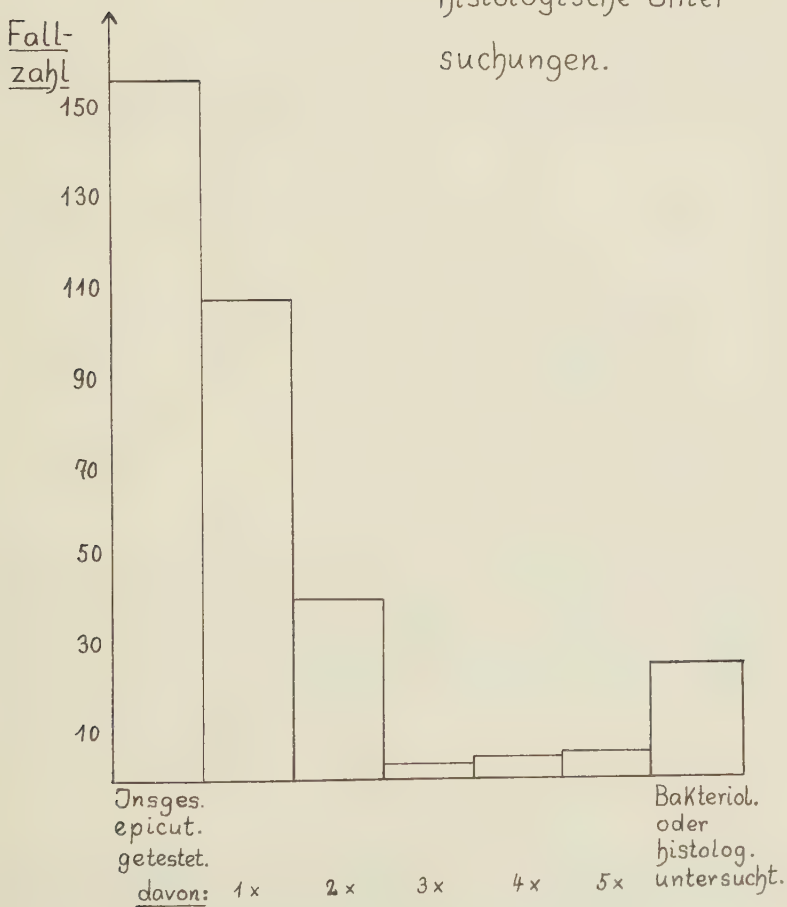
Von 184 Patienten (73,6%), bei denen Verdacht auf Intoleranzreaktionen gegen Berufsstoffe bestand, wurden 156 (62,4%) ein- oder mehrmaligen Epicutantestungen unterzogen.

Abb. 8

Gruppe	Fallzahl	Zahl der Getesteten	Zahl der nicht Getesteten
A	12	5	
B	29	28	1
C	2	2	
D	4	4	
E	3	2	1
F	35	23	8
G	6	5	
H	3	2	1
I	1	1	
K	8	8	
L	6	2	2
M	4	4	
N	39	36	2
O	1		1
P	2	2	
Q	32	3	5
R	18	18	
S	6	2	2
T	33	8	3
U	3		
V	2		2
W	1	1	
TOTAL:	250	156	28

Abb. 10

Epicutanteste und
bakteriologische bzw.
histologische Unter-
suchungen.



Von den 156 mit Lappchentesten untersuchten Patienten wurden

107 einmal,
40 zweimal,
3 dreimal,
4 viermal und
2 fünfmal

epicutan getestet.

B. Histologische und bakteriologische Untersuchungen

Diese diagnostischen Maßnahmen wurden bei Patienten in Anwendung gebracht, die klinisch oder anamnestisch den Verdacht auf Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Milzbrand, Aktinomykose, andere Mykosen, Erysipel) oder auf maligne Neubildungen erweckten.

Die Gruppenzugehörigkeit der Erkrankungsfälle zeigt

Abb. 9

Heil- und Pflegeberufe	7 Fälle (2,8%)
Landwirte und Winzer	13 Fälle (5,2%)
Metzger	3 Fälle (1,2%)
Holzverarbeitende Berufe	1 Fall (0,4%)
Chemiearbeiter	1 Fall (0,4%)
	25 Fälle (10,0%)

C. Klinische Diagnosen

Neben den Patienten, deren Erkrankungen durch Epicutanteste oder histologische bzw. bakteriologische Untersuchungen diagnostisch gesichert wurden, ist als Rest die Zahl von 41 Erkrankungsfällen zu nennen, bei denen Anamnese und klinischer Befund eindeutige Diagnosen ermöglichten und somit weitere Untersuchungsmethoden überflüssig erscheinen ließen, z. B. Kranke mit Chlor- bzw. Trichlorphenolakne.

X. Berufsstoffe als sensibilisierende Noxen

Wie bereits ausgeführt, versteht man unter Berufsstoffen im gewerbemeditzinischen Sprachgebrauch solche Substanzen, mit denen der Arbeiter oder Handwerker bei der Berufstätigkeit ständigen Kontakt hat und die unter bestimmten Bedingungen seinen Organismus spezifisch zu sensibilisieren ver-

mögen. Hieraus läßt sich folgern, daß es für jeden Beruf bzw. jede Berufsgruppe den einschlägigen Arbeitsvorgängen gemäß "berufs-" oder "gruppenty-pische" Noxen geben muß. Neben weitestgehend "berufsspezifischen" Chemikalien (z. B. Backhilfs- und -verbesserungsmittel als sensibilisierende Antigene im Bäckerhandwerk) kennt man Stoffe, die in gleicher oder abgewandelter chemischer Reaktionslage für mehrere Berufe als Noxen in Frage kommen (Chromate bei Bauhandwerkern, Malern, Anstreichern, Metallarbeitern).

Zuletzt sei an Substanzen erinnert, welche den Arbeitenden nicht im Zuge einer allmählichen Sensibilisierung in den Zustand der spezifischen Hyperergie versetzen, sondern - unabhängig von Einwirkungszeit, unspezifischen Faktoren und konstitutionellen Eigenheiten - für jeden Menschen, der mit ihnen in Kontakt gerät, obligat toxisch sind, wie beispielsweise Chlor- bzw. Trichlorphenol. - Solche Stoffe haben mit den spezifisch sensibilisierenden Chemikalien lediglich die Fähigkeit gemeinsam, krankmachende Reaktionen auszulösen.

Die Berufsstoffe, die bei den von uns untersuchten Patienten Intoleranzreaktionen bewirkt haben, sind für das Kollektiv in Abb. 11 aufgegliedert.

Abb. 11 Berufsnoxen in der Reihenfolge ihrer krankheitserzeugenden Häufigkeit

Stoff bzw. Stoffgruppe	Anzahl der positiven Reaktionen
1. Seifen (Fein-, Kern- u. Rasierseifen)	63
2. Beruflich verwendete Öle und Fette	59
3. Alkalien (Ammoniak, NaOH, KOH)	58
4. Chromsäure und ihre Salze	52
5. Trieb- und Verbesserungsmittel, Gewürze, Aromen, natürliche und künstliche Backfarben	46
6. Terpentin und Ersatzmittel	37
7. Kalke, Gips, Mörtel, Speis	29
8. Zemente	28
9. Organische Lösungsmittel, Verdünner	23
10. Mehltypen und Teige	22
11. Lacke und Lackfarben	19
12. Beiz- und Abbeizmittel, Firnis	13
13. Detergentien (verschiedene waschaktive Substanzen) . . .	9
14. Lederpflegemittel	9

Stoff bzw. Stoffgruppe	Anzahl der positiven Reaktionen
15. Halogenwasserstoffe, Formalin	8
16. Harze und Leime	8
17. Oelfarben	7
18. Frisierchemikalien	7
19. Bleifarben	6
20. Fotochemikalien	5
21. Borwasser	4
22. Kunstdünger und Insektizide	4
23. Tierische Fasern (Wolle, Seide, Roßhaar)	4
24. Anorganische und organische Säuren (ohne Metalloide) ..	4
25. Staub (von Sand, Gußmaterial, Kohle und Graphit)	4
26. Teer und Pech	4
27. Druckereicheimikalien	3
28. Glas- und Sillanwolle, Kieselgur	3
29. Halb- und vollsynthetische Fasern (Nylon, Perlon)	2

Die in der Rubrik "Anzahl der positiven Reaktionen" aufgeführten Zahlen sind nicht mit Fallzahlen identisch zu setzen; sie geben lediglich die Summe positiver Reaktionen auf epikutane Testung der verschiedenen Stoffe und Stoffgruppen in toto wieder. Eine Aufstellung über die in den einzelnen Berufsgruppen häufigsten Noxen ist aus Abbildung 12 zu ersehen.

An erster Stelle stehen Seifen (Kern-, Fein-, Rasier- und Kinderseifen). Die Einbeziehung der Seifen in die Aufstellung erscheint aus zwei Gründen problematisch:

1. Nur in wenigen Fällen war sicher zu entscheiden, ob bei Hautkranken, die im Rahmen ein und derselben Epicutantestung auf mehrere Berufsstoffe und zusätzlich noch auf eine oder mehrere Seifen positiv reagierten, tatsächlich eine primäre Seifenunverträglichkeit bestanden hat. Seifen und andere Hautreinigungsmittel müssen in jedem Beruf, der den Arbeiter mit hautbeschmutzenden Stoffen beim Arbeitsprozeß in Kontakt führt und damit zu mehr oder weniger angreifenden Waschprozeduren zwingt, als echte Berufsstoffe gelten. Es ist durchaus vorstellbar, daß bei einer primären guten Seifenverträglichkeit allmählich eine spezifische Sensibilisierung des Organismus gegen andere Berufsnoxen zustandekommt, woraus im weiteren zeitlichen Ablauf eine polyvalente Überempfindlichkeit - nun auch gegen Seifen - resultiert.

Eine andere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß nur selten mit einiger Sicherheit festgestellt werden kann, ob die Unverträglichkeit von Seifen oder anderen Hautreinigungsmitteln durch beruflichen oder außerberuflichen Kontakt erworben wurde.

2. Nach den Untersuchungen WAGNERs ist der Chromatekzem mit dem Zementekzem zusammen die weitaus häufigste Berufsdermatose überhaupt. WAGNER macht hierfür die in allen Zementarten enthaltenen sechswertigen Chromsalze verantwortlich und beruft sich auf entsprechende Unterlagen der SCHWEIZERISCHEN UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT, wonach 1951 insgesamt 27,7% aller Gewerbeekzeme sogenannte "Maurereczeme" waren (zit. auch nach MIESCHER, AMREIN und LEDER). In seiner Analyse der Berufsgruppen stehen die Bauberufe an erster Stelle.

Die vom Verfasser durchgeführten Erhebungen ergaben ein dieser Feststellung entsprechendes, eindrucksvolles Ergebnis:

52x wurden Unverträglichkeiten von Chromverbindungen und 28x von Zementen registriert. Bei Berechtigung der Annahme, daß die Zementintoleranzen eigentlich Chromatintoleranzen sind, wäre bei Addition beider Zahlen von unserer Seite aus insgesamt 80x Unverträglichkeit von Chromverbindungen zu verzeichnen.

Neben der "absoluten" Sichtung der krankmachenden Noxen erschien es angezeigt zu untersuchen, welche Stoffe in den einzelnen Berufen bzw. Berufsgruppen mehr oder weniger gruppentypisch Intoleranzreaktionen bewirkt haben. Das Ergebnis ist aus Abbildung 12 zu ersehen.

Abb. 12 Noxen, die in den diversen Berufsgruppen vornehmlich Intoleranzreaktionen bewirkten, in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit.

Gruppe	Fallzahl	Substanzen:		
		1.	2.	3.
A	12	Desinfektionsmittel	Dermatotherapeutica	Seifen und Reinigungsmittel
B	29	Terpentin und Ersatzmittel	Lacke und Lackfarben	Alkalien
D	4	Seifen u. and. Reinigungsmitt.	Alkalien	Terpentin und Ersatzmittel
F	35	Berufliche Öle u. Fette	Seifen u. a. Reinigungsmittel	Alkalien
G	6	Lederpflegemittel	Seifen u. a. Reinigungsmittel	
K	8	Seifen u. a. Reinigungsmittel	Hautschutzsalben	Chromsäure und ihre Salze
L	6	Seifen	Waschpulver	
M	4	Frisierchemikalien	Hautschutzsalben	Seifen u. a. Reinigungsmittel
N	39	Chromsäure u. ihre Salze	Zemente	Alkalien
Q	32	Kunstdünger	Insektizide (außer Arsenverbindungen)	Seifen u. a. Reinigungsmittel
R	18	Weizen- und Roggenmehl = (div. Typen)	Triebmittel =	Verbesserungsmittel
S	6	Leim		
T	33	Chlorphenol und Trichlorphenol	Hautschutzsalben	Seifen u. a. Reinigungsmittel

Anmerkung: In Abb. 12 sind nur Berufsgruppen mit mindestens vier Erkrankungsfällen aufgeführt.

Das Zeichen = zwischen zwei oder drei Spalten derselben Gruppe soll die Gleichheit der Intoleranzzahlen für beide Stoffgruppen zum Ausdruck bringen.

XI. Behandlungsart (ambulante / stationäre Behandlung)

Bei obengenannter Fragestellung ging es zunächst um die Sichtung dreier Gruppen von Hautkranken:

einerseits stellt sich eine Anzahl von Patienten heraus, die im Verlauf ihres Leidens lediglich ambulant behandelt wurden (durch den Hausarzt, zeitweise auch fachärztlich); hierzu gehören 36,8% unserer Kranken.

Ausschließlich stationäre Therapie kam nur bei 5,2% der Begutachteten in Anwendung (kurzfristige Krankenhausbehandlung im Anschluß an eine klinische Begutachtung, stationäre berufsgenossenschaftliche Heilverfahren).

Die dritte - zahlenmäßig stärkste - Gruppe wird von solchen Berufskranken gebildet, die sowohl ambulant als auch stationär beobachtet und behandelt wurden (58,0%). Vergl. Abb. 13.

Außer der gruppenmäßigen Darstellung der Behandlungsarten in Abbildung 13 wird mit der Abbildung 15 ein entsprechender Überblick für das gesamte Kollektiv gegeben.

Bei mehr detaillierter Betrachtung der Behandlungsweise stellte sich die Frage, ob bezüglich der Rezidivhäufigkeit in Abhängigkeit von der Art der Therapie (ambulant oder klinisch) bestimmte Aussagen möglich sind.

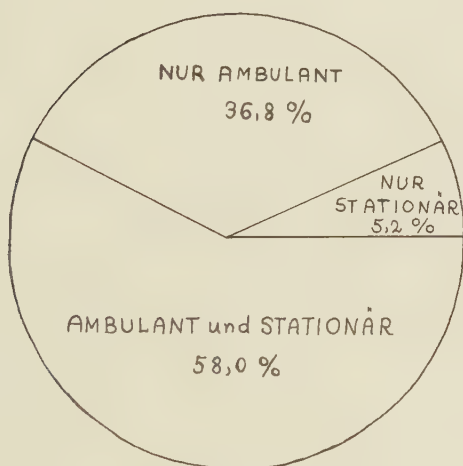
Wir gelangten zu der Feststellung, daß bei ausschließlich ambulant behandelten Fällen die Rezidivneigung erheblich größer ist als bei Kranken, welche nach kurzdauernder ambulanter Behandlung der intensiven stationären Therapie in einer Fachklinik zugeführt werden konnten. Bei Patienten, die von Anfang an in Krankenhausbehandlung kamen, lag die Neigung zu Rückfällen am niedrigsten.

Zweifellos kann aus diesen Feststellungen nicht gefolgert werden, daß lediglich rechtzeitige Klinikbehandlung in der Lage sei, künftige Rückfälle von Berufsdermatosen auszuschließen, beziehungsweise, daß andererseits Erkrankungsfälle, für welche eine stationäre Behandlung nicht genehmigt wurde, nur deshalb mit Rezidiven einhergingen.

Sicherlich sind für den Krankheitsverlauf noch andere Faktoren von wesentli-

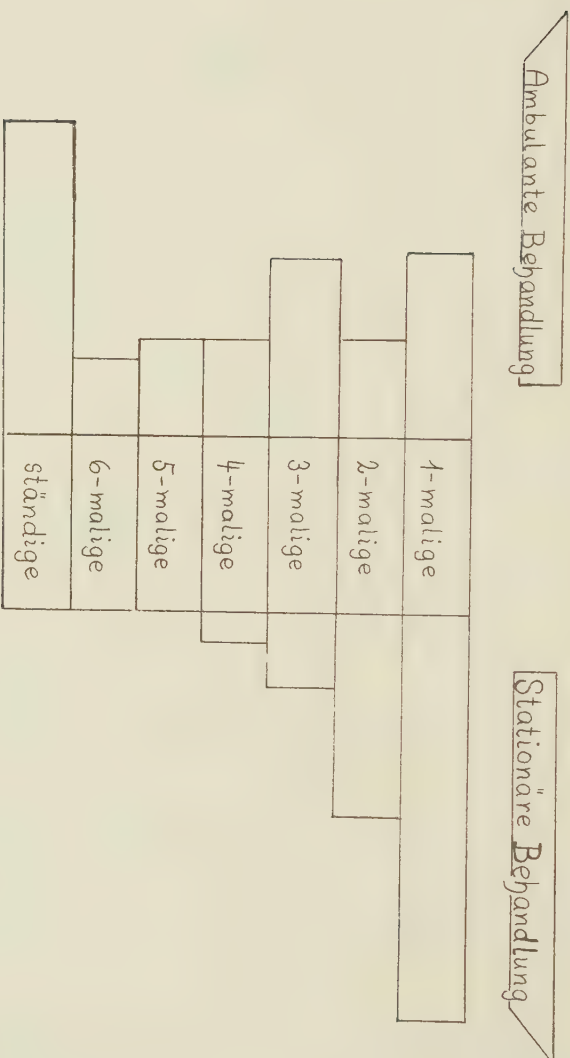
Abb. 13

Art der fachärztlichen Behandlung
(ambulant / stationär / amb. u. stat.)



DIAGRAMM

Abb. 14



DIAGRAMM

Abb. 15 Behandlungsart

Gruppe	Fallzahl	Nur amb. behandelt	Nur stat. behandelt	ambulant und stationär behandelt
A	12	4	2	6
B	29	10		19
C	2	1		1
D	4	1		3
E	3		1	2
F	35	14	3	18
G	6		1	5
H	3	2		1
I	1			1
K	8	1		7
L	6	2		4
M	4	1		3
N	39	17		22
O	1			1
P	2	1		1
Q	32	13	1	18
R	18	4		14
S	6	2	2	2
T	33	18	1	14
U	3	1	2	
V	2			2
W	1			1
TOTAL:	250 Fälle (= 100%)	92 Fälle (= 36,8%)	13 Fälle (= 5,2%)	145 Fälle (= 58,0%)

cher Bedeutung (Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel auf ärztlichen Rat, Konstitution des Berufskranken, seine Einstellung der Erkrankung gegenüber - vorhandener oder fehlender Wille der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, künstliche Unterhaltung der Dermatoze infolge unbewußt betriebener unzweckmäßiger Maßnahmen oder gar bewußte, artefizielle Auslösung eines Rezidivs -). Diese problematische Frage kann, wie unsere Erhebungen gezeigt haben, wegen der komplexen Natur der in ihr enthaltenen Einzelkomponenten niemals eindeutig beantwortet werden; exakt faßbar waren lediglich

einerseits die angewendeten Behandlungsarten, zum anderen die Häufigkeit der Krankheitsrückfälle.

Die Patienten mit ausschließlich stationärer ein- oder mehrmaliger Behandlung (13 Fälle) waren entweder mit akuter Lebensgefahr erkrankt (Hautmilzbrand bei Metzgern) oder sie hätten durch die Art ihrer Berufsausübung eine Gefahr für die Umgebung dargestellt (Ärzte und Pflegepersonal mit im Beruf erworbenen Infektionskrankheiten). Es kann also angenommen werden, daß im allgemeinen nur zwei Indikationen - akute Lebensgefahr und nicht zu umgehende Beachtung bestehender gesundheitspolizeilicher Vorschriften - sofortige Krankenhausbehandlung erwirkten.

58,0% unserer Hautkranken (145 Fälle) waren im Verlauf ihrer Erkrankungen sowohl ambulant als auch stationär behandelt worden. Zumeist war eine längerdauernde ambulante Therapie vorausgegangen, bis die Patienten - nach Versagen der außerklinischen Heilmaßnahmen - unter nunmehr ungünstigeren Bedingungen klinischen Heilverfahren zugeführt wurden.

In der Zahl der ausschließlich ambulant Behandelten (36,8% = 92 Fälle) sind neben Trägern leichterer Erkrankungen mit ohnedies guter Heilungstendenz auch solche Kranken enthalten, bei denen die oft seit mehreren Jahren bestehenden Berufsdermatosen niemals vollständig zur Abheilung gekommen waren: Patienten, welche praktisch unausgesetzt in ambulanter Behandlung standen.

Die Häufigkeit von ambulanten und stationären Behandlungen wird mit den Abbildungen 14 und 16 zahlenmäßig und graphisch dargestellt.

Abb. 16 Behandlungsart

I. Ambulant

1 x	2 x	3 x	4 x	5 x	6 x	ständig
42	22	40	22	22	17	71 Pat.
16,8	8,8	16,0	8,8	8,8	6,8	28,4 %

II. Stationär

1 x	2 x	3 x	4 x	
90	45	16	6	Patienten
36,0	18,0	6,4	2,4	%

Abb 17

Diagramm



XII. Krankheitsverläufe und ihre Komplikationen durch Rückfälle

Im Anschluß an die im vorhergehenden Kapitel abgehandelte Betrachtung der Krankheitsverläufe unter Berücksichtigung der Behandlungsarten soll im vorliegenden eine Aufgliederung der Verläufe nach den Gesichtspunkten "einmalige Erkrankung, die zur folgenlosen Restitution führt" oder "ein- bzw. mehrfach rückfällige (chronische) Dermatosen" gegeben werden.

Eine diesbezügliche Unterteilung des untersuchten Kollektivs ist in der Abbildung 17 graphisch dargestellt, während Abbildung 18 die relativen Werte (für die einzelnen Berufsgruppen) wiedergibt. Bei den Fällen mit "Einmaligen Erkrankungen"

handelt es sich zumeist um leichtere Berufsdermatosen, die unter geeigneter Therapie schnell und komplikationslos abheilen (z. B. oberflächliche Epidermophytien, akute, reizfixierte Dermatitis) oder um Krankheitszustände, welche als Unfallfolgen im Sinne des Gesetzes gelten und den entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten zugerechnet werden müssen (Zustände nach Verätzungen und Verbrennungen).

"Erfolglose Arbeitsversuche und echte Rezidive" (vgl. die Definitionen auf S. 5).

Der Personenkreis, für den diese Begriffe von Bedeutung sind, setzt sich aus der Masse der Kranken mit chronisch rezidivierenden Berufsekrezen zusammen (Maler, Bauarbeiter, Bäcker und Friseure), also Patienten, deren ständiger intensiver Kontakt mit ihren Berufsstoffen im Laufe kürzerer oder längerer Zeiträume eine spezifische Sensibilisierung bewirkt hat.

Sofern nicht frühzeitig ein Berufswechsel (bei Facharbeitern) oder ein sinnvoller Wechsel des Arbeitsplatzes (bei ungelernten Arbeitern, Hilfsworkern etc.) erfolgte, sobald ärztlicherseits der Verdacht auf eine Berufskrankheit gemeidet worden war, laufen diese Menschen Gefahr, in das Heer der "chronisch Berufskranken" einzugehen; sie stehen praktisch ununterbrochen in ambulanter Behandlung durch Haus- oder Fachärzte. Nach kurzfristigen erscheinungsarmen Intervallen (Arbeitskarenz während des Tarifulaubs) droht bei Wiederaufnahme der Arbeit das Rezidiv, damit liegt erneute Berufsunfähigkeit vor. Nunmehr veranlaßt die zuständige Berufsgenossenschaft eine klinisch-hautfachärztliche Begutachtung des "angeblich Berufskranken".

Während einer dreitägigen stationären Beobachtung versucht dann der Gutachter, sich auf Grund des Aktenstudiums und der klinischen Befunde (einschließlich Epicutanteste) ein Urteil zu bilden. Er beantragt beispielsweise in sei-

nem Gutachten bei der Berufsgenossenschaft die Kostenübernahme für ein stationäres Heilverfahren mit dem Ziel, den Hautprozeß zur Abheilung zu bringen und damit den Kranken arbeitsfähig zu machen.

Der übliche Schriftverkehr zwischen Gutachter und Versicherungsträger einerseits, sodann zwischen letzterem und dem Versicherten andererseits (Anweisung der Berufsgenossenschaft an den Patienten, sich zur Klinikaufnahme bereitzuhalten), schließlich zwischen der mit der Durchführung des Heilverfahrens beauftragten Klinik und dem Kranken (Einbestellung zu einem bestimmten Termin) erfordert im günstigsten Fall die Zeit von 3 bis 4 Wochen.

Inzwischen hat sich das Hautleiden weiter verschlechtert; der Patient fängt an, sich mit der Chronizität seines "Berufsausschlages" abzufinden und sieht dem weiteren Lauf der Heilbehandlungs-, Begutachtungs- und - zuletzt der Rentengewährungsmaschinerie mit Gelassenheit oder wachem Interesse entgegen. Als Bürger eines weitgehend sozialisierten Wohlfahrts- und Versorgungsstaates kann er in absehbarer Zeit auf eine Teilrente, später vielleicht auf vorzeitige Invalidisierung hoffen.

Der Hautprozeß kommt - im angenommenen Fall - innerhalb einer sechswöchigen Krankenhausbehandlung zur Abheilung. Handelt es sich um das erste Rezidiv der Erkrankung, so kann diese nicht als "entschädigungspflichtige Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes" anerkannt werden. Es wird vielmehr vom begutachtenden Facharzt ein Berufswechsel zur Abwendung der völligen Erwerbsunfähigkeit gefordert und gleichzeitig der Berufsgenossenschaft empfohlen, dem Kranken eine Umschulungsbeihilfe bzw. einen angemessenen Verdienstauffallsausgleich zu gewähren.

Nicht selten erscheint ein Berufswechsel wegen zu hohen Alters unrentabel bzw. bei selbständigen Handwerkern mit eigenen Gewerbebetrieben nicht zumutbar.

Nun kann das Leiden zu diesem Zeitpunkt - also vor Eintreten des 2. Rezidivs - grundsätzlich noch nicht als entschädigungspflichtige Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes anerkannt werden. Der Patient wird also zunächst in seinem Beruf weiterarbeiten.

Es besteht die Gefahr, daß sich auf dem Boden der spezifischen Sensibilisierung gegen zwei oder drei Berufsstoffe schließlich eine polyvalente Überempfindlichkeit entwickelt.

Aus Gründen der Billigkeit bleibt dann nur der Ausweg einer vorzeitigen Invalidisierung.

Bei weniger protrahiertem Verlauf der Berufsdermatose bzw. bei Vorliegen günstiger Bedingungen am Arbeitsplatz o. ä. wird das Schicksal des Kranken ein anderes sein. Er wird vom Versicherungsträger veranlaßt, sich in 6- oder

12-monatlichen Abständen zur Begutachtung in einer Hautklinik einzufinden und läuft Gefahr, in die Rolle des ständigen Gutachtenpatienten gedrängt zu werden.

Schließlich wird ihm nach Jahren wegen seines Alters, der zu geringen Aussichten auf Desensibilisierung und unter Berücksichtigung der mittlerweile entstandenen körperlichen und seelischen Sekundärveränderungen die totale Erwerbsunfähigkeit zugesprochen werden müssen.

Es kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein, die Mängel der geschilderten Verfahrenstechnik zu analysieren und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Auch wäre es unrichtig, wollte man die offenbaren Unzulänglichkeiten einer einzelnen Institution oder Körperschaft zur Last legen. Anwachsen und Ausweitung der industriellen Produktion und umwälzende Veränderungen sozialer und nationalökonomischer Strukturen, die nicht immer unter soliden Bedingungen verlaufen sind, haben Tatsachen geschaffen, deren Problematik bisher von den Sozialpartnern (Staat, Unternehmerschaft, Versicherungsträger und Versicherten) nicht in zufriedenstellendem Maße ohne Nachteil für alle Beteiligten bewältigt werden konnte. Opfer dieser Entwicklung sind letztlich der Berufskranke selbst und andererseits seine erwerbstätigen Kollegen, die durch ihn sozial mitbelastet werden.

Abb. 18 Häufigkeit "erfolgloser Arbeitsversuche" und echter Rezidive.

Gruppe	1-malige Erkrankung	1 erfolgl. Ar- beitsversuche	2	1	2	3	4	5	6	Erkrankung nie völlig geheilt
A	5	1	1	3		3		1		
B	2	9	1	6	3	8	3	4		3
C		1							1	1
D					2	1	1			
E	1				1		1			
F	4	7	2	3	6	11	4		2	5
G		2		1	1	3				1
H	1	1		1			1			
I		1			1					
K	1	3	1	2	2		1		1	1
L	4		1			2	1			
M				2		1	1			
N	2	7	5	4	5	13	2	4	5	5
O		1		1						

Gruppe	1-malige Erkrankung	1 erfolgl. Ar- beitsversuche	2	1	2	3	4	5	6	Erkrankung nie völlig geheilt
P		1		1	1					
Q	13		1	3	2	4	1	1		9
R	1	6	2	2	6	5	2	1	1	1
S	2		1		1	1				2
T	14	1	2	3	6	2		1		6
U	3									
V	1									1
W										1

Bei 54 Begutachteten blieb es bei einer einmaligen Erkrankung (21,6%), bei 36 Kranken war die Erkrankung bisher niemals restlos zur Abheilung gekommen (14,4%).

Erläuterungen zu Abbildung 18:

"Erfolglose Arbeitsversuche / echte Rezidive"

Das Verhältnis zwischen erfolglosen Arbeitsversuchen und echten Rezidiven läßt sich nicht in Fallzahlen ausdrücken, da oftmals ein und derselbe Patient sowohl einen oder zwei erfolglose Arbeitsversuche unternommen hat, später oder zwischendurch zusätzlich ein echtes Rezidiv erlitten hat.

Es ist lediglich festzustellen, daß - bezogen auf das Kollektiv - insgesamt 41 x einmalige erfolglose und 17 x zweimalige erfolglose Arbeitsversuche registriert wurden.

Bezieht man die erfolglosen Arbeitsversuche nicht mit ein, so ergibt sich die Möglichkeit, die Häufigkeit ein- und mehrmaliger Rezidive in Fall- und Prozentzahlen zu nennen:

Bei 32 Patienten wurde die Berufsdermatose 1 x rückfällig (12,8%),

bei 37 Patienten traten 2 Rezidive auf (14,8%),

in 54 Fällen war die Erkrankung 3 x rezidivierend (21,6%),

18 Patienten hatten 4 Rückfälle (7,2%),

bei 12 der Begutachteten stellten sich 5 Rezidive ein (4,3%) und

in 10 Fällen kam es zu insgesamt 6 Rezidiven (4,0%).

XIII. Berufliche Konsequenzen bei Berufsdermatosen

Nach den zur Zeit gültigen gutachterlichen Richtlinien muß eine berufsbedingte Hautkrankheit grundsätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen, um als entschädigungspflichtige Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes Anerkennung zu finden: sie muß durch einen schweren bzw. wiederholt rückfälligen Verlauf gekennzeichnet sein und zum Wechsel des Berufes zwingen.

Zur Durchführung des Berufswechsels nimmt der Gesetzgeber in § 5 der IV. Verordnung Stellung:

1. "Besteht für einen Versicherten bei einer Weiterbeschäftigung in dem Unternehmen die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entstehen, wiederentstehen oder sich verschlimmern wird, so soll der Versicherungsträger
 - a. ihm nötigenfalls Krankenhausbehandlung gewähren,
 - b. ihn zur Unterlassung der ihn gefährdenden Beschäftigung anhalten und ihm zum Ausgleich einer hierdurch verursachten Minderung seines Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile eine Übergangsrente bis zur Hälfte der Vollrente oder ein Übergangsgeld bis zur Höhe des Betrages der halben Jahresrente gewähren.
2. Die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ist neben der Übergangsrente zu gewähren." -

Wie bereits auf Seite 3 dargelegt, ist der Tatbestand des Berufswechsels nur bei gelernten Arbeitern (Handwerkern und Facharbeitern mit Gesellenprüfung) gegeben; für ungelernte Kräfte, wie Hilfsarbeiter, Arbeiter, die noch angelernt werden sowie für Lehrlinge aller Gewerbezweige liegt eintretendes Falles nur ein sogenannter "Arbeitsplatzwechsel" vor.

Diese Unterscheidung hat beträchtliche Konsequenzen; muß sich der gelernte Arbeiter einem Berufswechsel unterziehen, so steht er unter dem Schutz des § 5 der IV. Verordnung, bei dessen Anwendung ihm Verdienstausschlagsgleich (Übergangsrente) bzw. Übergangsgeld, evtl. noch Umschulungsbeihilfen gewährt werden können. Dadurch bleiben der Versicherte und seine Familie weitgehend oder überhaupt vor finanziellen Härten bewahrt. Mit Unterstützung von Versicherungsträger und Staat hat er zumeist die Möglichkeit, auf einen seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Beruf umzuschulen und - bei Vermeidung einer bleibenden Minderung der Erwerbsfähigkeit - vollwertige Leistungen bei angemessenem Lohn im neuen Tätigkeitsbereich zu erbringen.

Somit erscheint der § 5 bei sinngemäßer Anwendung als wertvoller Sicher-

heitsfaktor für den Versicherten; Berufsgenossenschaft und Arbeitgeber können in ihm ein Statut für die Handhabung einer vorausschauenden, ökonomisch und sozial vernünftigen Gesundheitsfürsorge erblicken.

Selbstverständlich ist der zukunftsbestimmende Wert des Paragraphen auch von Verhalten und Einstellung des Arbeiters abhängig. Je nachdem, ob er sich ehrlich bemüht, im neuen Berufsleben - unter Meidung aller ihn gefährdenden Berufsstoffe - seine Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten und gute Arbeit zu leisten als Äquivalent zu den ihm von Versicherungsträger und Unternehmer gewährten sozialen Beihilfe- und Unterstützungsmaßnahmen oder ob er stattdessen den empfohlenen Wechsel des Berufes aus nicht vertretbaren Gründen hinauszögert, einer "Rentenneurose" verfällt und dann mit allen Mitteln versucht, die Anerkennung einer zunehmenden Minderung seiner Erwerbsfähigkeit zu erwirken.

Für den ungelernten Arbeiter und den Lehrling gibt es einen entsprechenden Versicherungsschutz nicht.

Der Unternehmer ist nicht verpflichtet, als Berufskrankheiten verdächtige Dermatosen bei Angehörigen dieses Personenkreises der Berufsgenossenschaft zu melden. Diese Lücke in den gesetzlichen Versicherungsbestimmungen kann sich für Lehrlinge und "Ungelernte" recht nachteilig auswirken.

So kann der Unternehmer dem ungelernten Arbeiter dann einen anderen Arbeitsplatz zuweisen. Dort gilt er wiederum als "ungelernt", denn er kann erst dann dem Facharbeiter versicherungsrechtlich gleichgestellt werden, wenn er drei, mindestens aber zwei Jahre lang dieselbe Tätigkeit am gleichen Arbeitsplatz verrichtet hat. Stellen sich am neuen Arbeitsplatz nach einer gewissen Latenzzeit abermals verdächtige Hauterscheinungen ein, so besteht für den Unternehmer die Möglichkeit, den Hilfsarbeiter ein weiteres Mal zu "versetzen".

In Abbildung 19 wird in Form einer schematischen Darstellung der Anteil der Personen mit durchgeführtem Berufswechsel dem Prozentsatz derjenigen Begutachteten gegenübergestellt, die nur einen Arbeitsplatzwechsel durchführten. Außer dieser Aufgliederung für das gesamte Kollektiv liegt in der Abbildung 20 eine entsprechende tabellarische Darstellung für die einzelnen Berufsgruppen vor.

Abb. 19

Berufswechsel und Berufsaufgabe (bzw. Invalidisierung) : Arbeitsplatzwechsel inner- oder außerhalb des Betriebes

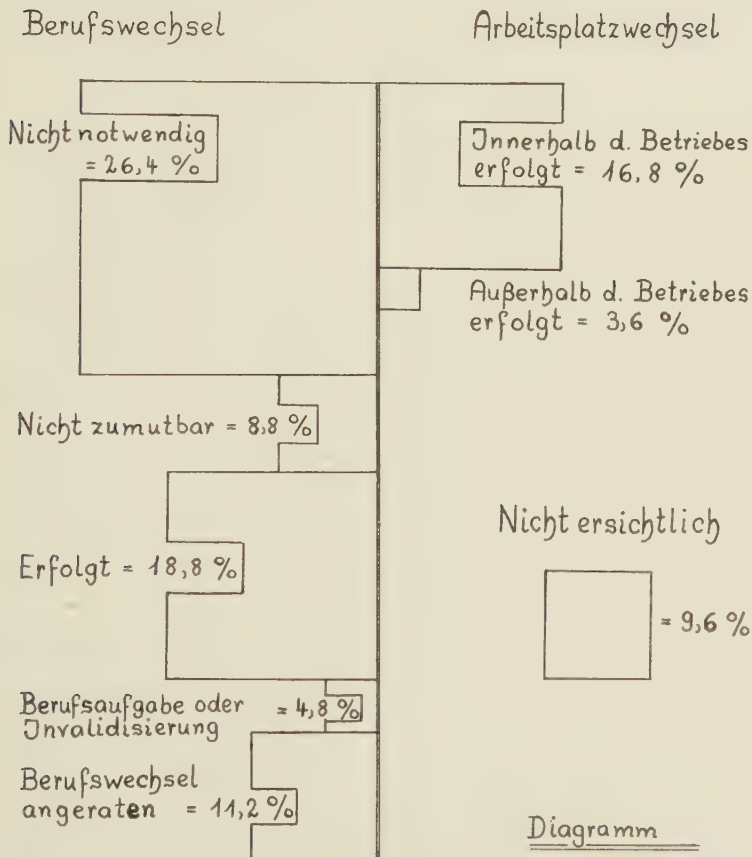


Abb. 20 Berufliche Konsequenzen bei Berufsdermatosen

Gruppe	Arbeitsplatzwechsel		Berufswechsel		Berufs- aufgabe bzw. In- validis.	Berufswechsel	
	i. Betr.	außerh. Betr.	ange- raten	erfolgt		nicht zumutbar	nicht notwendig
A	1	0	1	0	0	2	7
B	4	1	5	7	1	3	4
C	1	0	1	0	0	0	0
D	1	1	0	2	0	0	0
E	0	1	0	1	0	0	1
F	9	0	2	7	1	1	13
G	1	1	0	1	1	0	0
H	1	0	0	1	0	0	1
I	0	0	0	0	1	0	0
K	1	1	1	1	1	2	1
L	0	1	0	1	1	0	0
M	1	0	2	0	1	0	0
N	1	1	7	14	0	3	10
O	0	0	0	1	0	0	0
P	1	0	1	0	0	0	0
Q	0	0	0	0	1	10	17
R	1	0	3	11	0	1	2
S	0	1	1	0	2	0	1
T	18	1	4	0	1	0	5
U	0	0	0	0	0	0	3
V	1	0	0	0	0	0	1
W	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL:	42	9	28	47	12	22	66
	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle
	=	=	=	=	=	=	=
	16,8%	3,6%	11,2%	18,8%	4,2%	8,8%	26,4%

Bei einer anderen Personengruppe wurde von den Gutachtern ein Berufswechsel nicht für notwendig befunden. Es handelt sich um Fälle, welche bei weiterer Ausübung der bisherigen Tätigkeit unter Beachtung geeigneter Schutzmaßnahmen bzw. nach erfolgreich durchgeführter Desensibilisierung ärztlicher Voraussicht nach nicht mehr als berufsnoxegefährdet anzusehen waren.

Ferner stellte sich eine Anzahl von Begutachteten heraus, denen ein Berufswechsel billigerweise nicht zugemutet werden konnte; diese Gruppe setzt sich zusammen aus

- 1) selbständigen Handwerkern mit eigenen Gewerbebetrieben; da es sich zu meist um Inhaber von Klein- und Familienbetrieben handelte, waren sie gezwungen, selbst in letzteren mitzuarbeiten,
- 2) Unternehmern, die zwar als gefährdet angesehen wurden, denen es jedoch nicht auferlegt werden konnte, Arbeitskarenz zu üben, weil wesentliche Teilfunktionen ihres Aufgabenbereiches nicht auf Bedienstete übertragbar erschienen, ohne daß der Betriebsablauf zum Nachteil von Arbeitgeber und Arbeitnehmern in Frage gestellt worden wäre.
- 3) solchen Versicherten, die wegen ihres Alters oder aus vertretbaren persönlichen Gründen für eine Umschulung nicht mehr geeignet waren.

Unter der Rubrik "Aufgabe des Berufes, Invalidisierung" wurden Begutachtete aufgeführt, die sich spontan und ohne Nachteil zur Berufsaufgabe entschlossen hatten (z. B. Inhaber von mittelgroßen oder Familienbetrieben, deren Nachkommen im väterlichen Beruf ausgebildet worden waren und die leitenden Funktionen übernehmen konnten (1.), unter 2. ältere Berufskranke, welche mehrfach vom Gutachter sowohl im erlernten Beruf als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt als hundertprozentig erwerbsgemindert befunden worden waren).

IV. ANHANG

Soziale Schichtung der Berufskranken

Abbildung 21

Schematische Darstellung für das untersuchte Kollektiv.

Abbildung 22

Tabellarische Übersicht mit Gruppenaufgliederung.

Abb. 21

Fallzahl

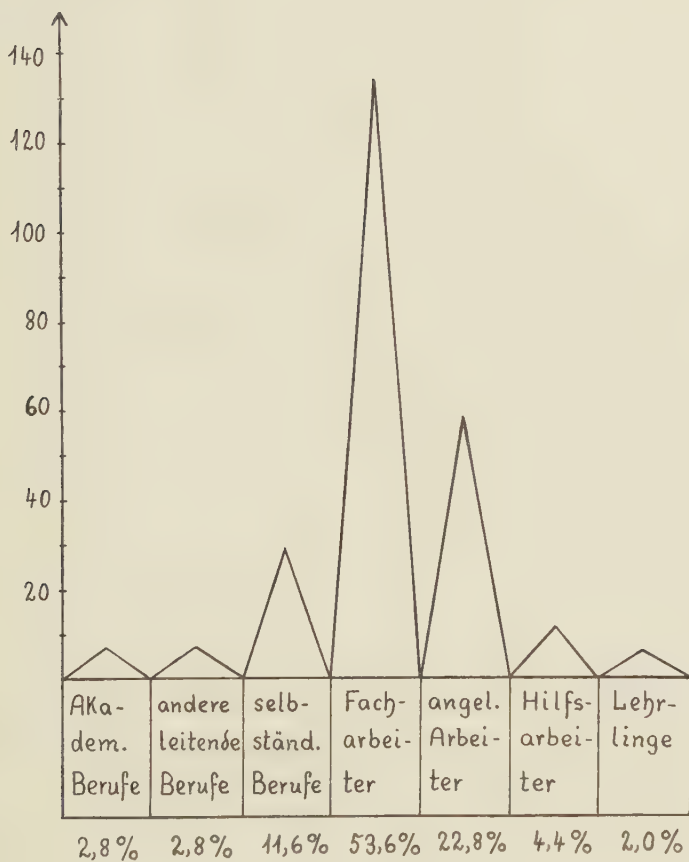


Abb. 22 Soziale Schichtung der Berufskranken
(Tabellarische Übersicht zu Kapitel XII).

Gruppe	Akadem. Berufe	Selbstst. Berufe	Leitende nichtakad. Berufe	Fach- arbeiter	Angelernte Arbeiter	Hilfs- arbeiter	Lehr- linge
A	7	1	0	3	0	1	0
B	0	2	1	25	0	1	0
C	0	0	0	1	1	0	0
D	0	0	0	2	1	1	0
E	0	0	0	3	0	0	0
F	0	0	1	29	5	0	0
G	0	0	0	3	3	0	0
H	0	0	0	2	0	1	0
I	0	0	0	1	0	0	0
K	0	1	0	3	4	0	0
L	0	0	0	0	6	0	0
M	0	0	0	3	0	0	1
N	0	1	4	24	7	3	0
O	0	0	0	1	0	0	0
P	0	0	0	2	0	0	0
Q	0	21	0	3	5	3	0
R	0	0	0	14	0	0	4
S	0	0	0	4	2	0	0
T	0	0	1	11	20	1	0
U	0	2	0	0	1	0	0
V	0	0	0	0	2	0	0
W	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL:	7	29	7	134	57	11	5
	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle
	=	=	=	=	=	=	=
	2,8%	11,6%	2,8%	53,6%	22,8%	4,4%	2,0%

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, einige mögliche Gründe und Ursachen herauszustellen, welche für die erhebliche zahlenmäßige Zunahme der Berufsdermatosen in den vergangenen zehn bis zwölf Jahren anzuschuldigen sind.

Als Ausgangsmaterial diente dem Verfasser eine Anzahl von Gutachtenpatienten der Universitäts-Hautklinik Mainz, die - nach bestimmten statistischen Gesichtspunkten aus der Masse der Begutachteten des Beobachtungs- und Erfassungszeitraumes ausgewählt - als einheitliches Kollektiv angesehen werden konnten.

Die statistische Auswertung des Personenkreises erfolgte nach den verschiedenen Fragestellungen. So wurde das gehäufte Auftreten bestimmter Berufsdermatosen in dafür besonders prädisponierten Berufen bzw. Berufsgruppen untersucht; Alter und Geschlechterverteilung fanden dabei ebenfalls Berücksichtigung. Des weiteren wurde der sozialen Schichtung der Berufskranken ein besonderes Augenmerk gewidmet und das Verhältnis der erkrankten Facharbeiter zu den ungelernten Arbeitern wurde festgestellt. Gewerbemedizinische und gesellschaftliche Folgen, wie sie sich im Verlauf mancher Berufskrankheiten ergeben - Minderung der Erwerbsfähigkeit im erlernten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, vorzeitige Invalidisierung, Berufswechsel und Berufsaufgabe -, konnten zahlenmäßig erfaßt werden. Besondere Berücksichtigung fanden Berufsstoffe, die in bestimmten Berufen als Allergene in Erscheinung treten; aus der nahezu unübersehbaren Zahl von Chemikalien wurden alle diejenigen registriert, welche eine bestimmte Höhe der Intoleranzquote erkennen ließen. Das untersuchte Kollektiv wurde systematisch in mehrere Berufsgruppen aufgegliedert; die besondere Gefährdung einzelner Berufe wurde dabei ebenso festgestellt wie das relativ geringe Erkrankungsrisiko anderer. Auch die Abhängigkeit der Krankheitsverläufe von der Behandlungsart (ausschließlich ambulant oder ambulant und stationär) konnte zahlenmäßig aufgezeigt werden. Für die Auswahl der Fälle kamen kritische statistische Richtlinien in Anwendung, welche Erkrankungsfälle mit nicht restlos vollständigen und zuverlässigen Unterlagen von vornherein als ungeeignet eliminierten.

L I T E R A T U R

- 1) KOELSCH, F. : Die meldepflichtigen Berufskrankheiten.
Urban & Schwarzenberg-Verlag, München-Wien-Berlin
(1947).
- 2) KOETZING, K. : Definition und Abgrenzung der anzeige- und entschädi-
gungspflichtigen Berufskrankheiten.
Zbl.f. Arb. Med.u. Arb. Schutz Bd. IX 6, S.129-137
(Juni 1959). Dr. Dietrich Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- 3) MÜLLER, U. : Statistische Erhebungen über Berufsdermatosen in Rhein-
land-Pfalz in den Jahren 1951, 1952, 1953 und 1954.
(Inaug. Diss. Mainz 1956).
- 4) WAGNER, G. : Eine Analyse von 500 allergischen Kontaktekzemen.
Berufsdermatosen VII, 6 (Dezember 1959), S.307-319.
- 5) STATISTISCHES BUNDESAMT: Statistisches Jahrbuch für die Bundes-
republik Deutschland. Jahrg. 1957.

LEBENS LAUF

Am 6. Juli 1932 wurde ich als Sohn des Feldwebels Heinrich Nett und seiner Ehefrau Frieda, geborene Mull, in Kassel geboren.

Nach Beendigung seiner Dienstzeit bei der Reichswehr nahm mein Vater bei der Stadtverwaltung Hochheim am Main eine Stelle als Rentmeister an; in Hochheim wurde ich in die Grundschule eingeschult. Ab Februar 1946 wurde ich Schüler der Dilthey-Schule zu Wiesbaden (Realgymnasium und Gymnasium für Jungen); in dieser Lehranstalt bestand ich im März 1953 die Reifeprüfung.

Im Sommersemester 1953 wurde ich in die naturwissenschaftliche Fakultät der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz eingeschrieben. Vornehmlich nahm ich während dieses Semesters an biologischen und chemischen Vorlesungen und Kursen teil, daneben hörte ich medizinische Einführungsvorlesungen. Mit dem Wintersemester 1953/54 ließ ich mich in die medizinische Fakultät derselben Universität ummatrikulieren. Ich bestand im Herbst 1955 vor dem Mainzer Prüfungsausschuß das Physikum mit der Note "Gut".

Die klinischen Semester studierte ich in Mainz und Frankfurt am Main. Am 10. Juni 1959 legte ich an der Universität Mainz die ärztliche Staatsprüfung mit der Gesamtnote "Sehr gut" ab. Von Juli bis einschließlich September 1959 arbeitete ich als Medizinalassistent auf der chirurgisch-urologischen Abteilung der chirurgischen Universitätsklinik Mainz, vom 1. Oktober 1959 bis 30. September 1960 auf verschiedenen Abteilungen der Universitäts-Hautklinik Mainz. Seit 1. Oktober 1960 bin ich als Medizinalassistent auf der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Rüsselsheim am Main tätig.

